

Établissement :

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro d'assurance maladie :

IDENTIFICATION DE LA PHARMACIE (OU DU PHARMACIEN)

NOM :

TÉLÉPHONE :

TÉLÉCOPIEUR :

Ce formulaire représente le formulaire original. La pharmacie ou le pharmacien identifié est le seul destinataire. L'original de ce formulaire ne sera pas réutilisé.

AJUSTEMENT DE LA POSOLOGIE

Médicament #1 :

Posologie ajustée :

Posologie actuelle :

Personne avisée du changement de posologie : Oui Non

Durée de traitement initiale :

Aucun changement de posologie

Médicament #2 :

Posologie ajustée :

Posologie actuelle :

Personne avisée du changement de posologie : Oui Non

Durée de traitement initiale :

Aucun changement de posologie

Médicament #3 :

Posologie ajustée :

Posologie actuelle :

Personne avisée du changement de posologie : Oui Non

Durée de traitement initiale :

Aucun changement de posologie

IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL HABILITÉ VISÉ PAR L'ORDONNANCE

Nom, prénom :

Numéro de permis d'exercice :

Numéro de téléphone :

Signature :

DATE :

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR AUTORISÉ

Nom, prénom :

Numéro de permis d'exercice :

Numéro de téléphone :

TRANSMISSION PAR TÉLÉCOPIEUR AU PHARMACIEN COMMUNAUTAIRE

(à compléter uniquement si la personne qui fait l'envoi est différente du professionnel habilité visé par l'ordonnance)

Nom de la personne qui fait l'envoi :

Date et heure de l'envoi :